



भारत का राजपत्र

The Gazette of India

साप्ताहिक/WEEKLY

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 4] नई दिल्ली, शनिवार, जनवरी 26—फरवरी 1, 2008 (माघ 6, 1929)

No. 4] NEW DELHI, SATURDAY, JANUARY 26—FEBRUARY 1, 2008 (MAGHA 6, 1929)

इस भाग में भिन्न पृष्ठ संख्या दी जाती है जिससे कि यह अलग संकलन के रूप में रखा जा सके।

(Separate paging is given to this Part in order that it may be filed as a separate compilation)

भाग III—खण्ड 4

[PART III—SECTION 4]

[सांविधिक निकायों द्वारा जारी की गई विविध अधिसूचनाएं जिसमें कि आदेश, विज्ञापन और सूचनाएं सम्मिलित हैं]

[Miscellaneous Notifications including Notifications, Orders, Advertisements and Notices issued by
Statutory Bodies]

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

नई दिल्ली, 16 जनवरी 2008

सं. एन-12/13/1/2008-यो. एवं. वि.—कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 (1948 का 34) यथा—संशोधित, की धारा 97 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में उक्त धारा (1) द्वारा अपेक्षित उन सभी व्यक्तियों की सूचना के लिए निम्नलिखित प्रारूप संशोधन प्रकाशित करने का प्रस्ताव करती है जिनके उससे प्रभावित होने की संभावना है तथा एतद्वारा नोटिस दिया जाता है कि उक्त प्रारूप संशोधनों पर इसके अधिसूचित होने की तारीख के 30 दिन के बाद विचार किया जाएगा।

उक्त प्रारूप संशोधनों के संबंध में यथा निर्धारित अवधि के अन्दर किसी व्यक्ति से कोई आपत्ति अथवा सुझाव प्राप्त होने पर केन्द्रीय सरकार उन पर विचार करेगी।

यदि कोई आपत्तियाँ अथवा सुझाव हों तो श्री अशोक ज. पवार, बीमा आयुक्त, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, पंचदीप भवन, कामरेड इन्ड्जीत गुप्त मार्ग, नई दिल्ली-110002 के नाम भेजे जाने चाहिए।

कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में प्रारूप संशोधन

कर्मचारी राज्य बीमा (साधारण) विनियम, 1950 में :-

1. विनियम 26 में, उप विनियम (1) के बाद, निम्नलिखित उप विनियम 1(क) स्थापित किया जाएगा :-

“1(क) प्रत्येक नियोजक का प्रधान नियोजक तथा अव्यवहित नियोजक के माध्यम से काम पर लगाए गए कर्मचारियों तथा उनकी व्याप्ति, धोषणा प्ररूपों को जमा करने, अस्थाई पहचान प्रमाण पत्र/स्थायी पहचान पत्रों के वितरण और अंशदान के भुगतान हेतु समझी गई मजदूरी तथा ऐसे प्रयोजन हेतु छोड़ी गई मजदूरी आदि से संबंधित और प्ररूप 5 (अंशदान विवरण) में प्रस्तुत करना अपेक्षित होगा।”

2. मौजूदा प्ररूप 5 के स्थान पर संलग्न नया प्ररूप 5 प्रतिस्थापित किया जाएगा।

अशोक ज. पवार
बीमा आयुक्त

विनि.प्ररूप-5

प्रस्तुत करने के लिए नियत तारीख :-

12 मई/11 नवम्बर*

शाखा कार्यालय का नाम.....

नियोजक कूट संख्या.....

अंशदान विवरणी

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(विनियम-26)

कारखाने अथवा रस्थापन का नाम और पता :

प्रधान नियोजक के विवरण :

| | | | |
|-----|------------|---|-------|
| (क) | नाम | : | |
| (ख) | पदनाम | : | |
| (ग) | आवासीय पता | : | |

अंशदान अवधि : तक

मैं निम्नलिखित बीमाकृत व्यक्तियों के रांगड़ में, अंशदान के, नियोजक व कर्मचारी हिस्से के ब्योरे नीचे प्रस्तुत करता हूँ। मैं एतदद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि विवरणी में उस प्रत्येक कर्मचारी को शामिल किया गया है जिसे कारखाना/रस्थापन में या उसके कार्य के संबंध में या कारखाना/रस्थापन के प्रशासन से संबंधित किसी भी कार्य के संबंध में या कच्चा माल खरीदने या तैयार माल बेचने या वितरण आदि के संबंध में, सीधे या अव्यवहित नियोजक के माध्यम से नियुक्त किया गया है जिस पर क.रा.बी.अधिनियम, 1948 लागू होता है तथा जिस पर विवरणी से संबंधित अंशदान अवधि लागू होती है तथा अंशदान की अदायगी करने से संबंधित अधिनियम तथा विनियम के उपबंधों के अनुसार नियोजक व कर्मचारी भाग के रांगड़ में अंशदानों की अदायगी सही तरह से कर दी गयी है :-

कर्मचारी का हिस्सा :

नियोजक का हिस्सा :

कुल अंशदान :

चालानों के ब्योरे :

| क्र.सं. | माह | चालान की तारीख | राशि | बैंक और उसको शाखा का नाम |
|---------|-----|----------------|------|--------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

अदा की गई कुल राशि : रुपए

में घोषित करता हूँ कि

(क) सभी रिकार्ड तथा रजिस्टर क.रा.बी.अधिनियम, नियमों तथा विनियमों में उल्लिखित उपबंधों के अनुसार बनाये गए हैं ।

(ख) विवरणी की अवधि के दौरान.....घोषणा प्रपत्र जमा किए गए हैं ।

(ग) उक्त अवधि के दौरान.....अर्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं ।

(घ) उक्त अवधि के दौरान.....स्थाई पहचान पत्र प्राप्त हुए हैं ।

(ङ) उपर्युक्त अवधि के दौरान पात्र बीमाकृत व्यक्तियों कोस्थायी पहचान पत्र वितरित किए गए हैं ।

(च) उपर्युक्त अवधि के दौरान.....दुर्घटनायें संबंधित शाखा कार्यालय को सूचित की गई हैं

(छ) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्तकर्मचारियों को व्याप्त किया गया है और इन कर्मचारियों को—रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है ।

(ज) अवधि के दौरान हमारे द्वारा सीधे नियुक्त किए गएकर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई है ।

(झ)अवधि के दौरान अव्यवहित नियोजक के माध्यम सेकर्मचारी नियुक्त तथा व्याप्त किए गए और इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई ।

(ज)अवधि के दौरान अव्यवहित नियोजक के माध्यम से नियुक्त किए गएकर्मचारियों को व्याप्त नहीं किया गया तथा इन कर्मचारियों को.....रुपये की कुल मजदूरी अदा की गई ।

(झ) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में रखा गया है ।

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

(ठ) अंशदान की अदायगी हेतु मजदूरी के निम्नलिखित घटकों को ध्यान में नहीं रखा गया है ।

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

उपरिलिखित सूचना रिकार्ड पर आधारित है और यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है तो क.रा.बी.अधिनियम के उपबंधों के अधीन मेरे ऊपर अभियोजन तथा क.रा.बी.अधिनियम के उपबंधों के अनुसार ब्याज सहित देय अंशदान और हर्जाने की वसूली हेतु कार्रवाई की जा सकेगी ।

स्थान:

नियोजक का पदनाम और हस्ताक्षर

टिनांक

(रबड़ की मोहर सहित)

चार्टर्ड लेखाकार का प्रमाण पत्र

(40 अथवा कर्मचारियों को नियोजित करने वाले नियोजकों को देना होगा)

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने मैसर्स.....की उक्त विवरणी को रिकार्ड एवं रजिस्टर से सत्यापित कर लिया है तथा इसे ठीक पाया है ।

सदस्यता संख्या सहित चार्टर्ड लेखाकार के हस्ताक्षर एवं मोहर

महत्वपूर्ण अनुदेश : “अध्यक्षित कॉलम (संख्या 9)” में दी जाने वाली सूचना

1. यदि कोई बीमाकृत व्यक्ति पहली बार नियुक्त किया जाता है और या अंशदान अवधि के दौरान नौकरी छोड़ जाता है तो “नियुक्त” (तारीख) और या “छोड़ गया” “तारीख” लिखें।
2. कृपया बीमा संख्या आरोहीक्रम में लिखें।
3. अंशदान अवधि के दौरान समाप्त मजदूरी अवधि के संबंध में आंकड़े कॉलम 4, 5 व 6 में दिए जाएं।
4. विवरणी के कॉलम 4, 5 व 6 का जोड़ अनिवार्य रूप से किया जाए।
5. कोई अधिलेखन न करें। कोई शोधन हो तो नियोजक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।
6. इस विवरणी के प्रत्येक पृष्ठ पर नियोजक के पूरे हस्ताक्षर और रबड़ की मोहर लगी होनी चाहिए।
7. विवरणी के कॉलम 7 में दैनिक मजदूरी की गणना कॉलम 5 में दिए गए आंकड़ों को कॉलम 4 में दिए आंकड़ों के दो दशमलव तक भाग करके की जानी चाहिए।

*31. मार्च को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 12 मई

30 सितम्बर को समाप्त अंशदान अवधि के लिए देय तारीख 11. नवम्बर

कर्मचारी राज्य बीमा नियम

नियोजक का नाम व पता

नियोजक कट संख्या अवधि से तक

नियोजक के हस्ताक्षर

*अध्युक्त कॉलम में नियुक्ति की तारीख व नियोजन छोड़ने की तारीख दर्शायी जाए।

(कार्यालय प्रयोग के लिए)

1. हक्कदारी स्थिति चिह्न।
2. विवरणी के कॉलम-5 के जोड़ चैक किए और सही पाए गए/सही राशि दर्शायी गई है।
3. नियोजक/कर्मचारी अंशदान की अदा की गई राशि की जांच की गई और ठीक पाई गई।
ऐक्षण्य-जापन संलग्न है।

प्रतिहस्ताक्षर

त्रिशैलि

मुख्य लिपिक

शाखा अधिकारी

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

New Delhi, January ___ 2008

No.N-12/13/1/2008-P&D: The following draft amendments to the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950 which the Employees' State Insurance Corporation proposes to make in exercise of the powers conferred by Section 97 of the Employees' State Insurance Act, 1948 (34 of 1948), as amended, is published as required by Sub-Section (1) of the said Section for information of all the persons likely to be affected thereby and notice is hereby given that the said draft amendments will be taken into consideration after 30 days from the date of their notification.

Any objection or suggestion which may be received from any person in respect to the said draft amendments within the period so specified will be considered by the said Corporation.

The objections or suggestions if any, may be addressed to Shri A.J. Pawar, Insurance Commissioner, Employees' State Insurance Corporation, Panchdeep Bhawan, C.I.G. Road, New Delhi 110002.

Draft amendments to the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950.

In the Employees' State Insurance (General) Regulations, 1950, : -

1. In Regulation 26, after Sub-Regulation (1), the following Sub-Regulation 1(A) shall be inserted:

"1(A) Every employer shall be required to submit details in Form 5 (Return of Contribution) with regard to employees engaged through Principal and Immediate Employers and their coverage, submission of Declaration Forms, distribution of Temporary Identification Certificate/ Permanent Identity Cards and wages considered for payment of contribution and wages excluded for such purpose."

2. The existing Form 5 shall be substituted with the new Form 5 which is enclosed.

(A.J. PAWAR)
Insurance Commissioner

2 - 429 41/97

* Due Date for submission:-
12th May/ 11th November*

REG. FORM - 5

Name of Branch Office _____

Employer's Code No. _____

RETURN OF CONTRIBUTIONS**EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Regulation - 26)**

Name & Address of the factory or establishment : _____

Particulars of the Principal employer(s)

| | | | |
|----|---------------------|---|-------|
| a) | Name | : | _____ |
| b) | Designation | : | _____ |
| c) | Residential Address | : | _____ |

Contribution Period from _____ to _____

I furnish below the details of the Employer's and Employee's share of contributions in respect of the under mentioned insured persons. I hereby declare that the return includes each & every employee, employed directly or through an immediate employer or in connection with the work of the factory/ establishment or any work connected with the administration of the factory/ establishment or purchase of raw materials, sale or distribution of finished products etc. to whom the ESI Act, 1948 applies, in the contribution period to which this return relates and that the contributions in respect of employer's and employee's share have been correctly paid in accordance with the provisions of the Act and Regulations.

Employees' Share _____

Employer's Share _____

Total Contribution _____

Details of Challans: -

| Sl. No. | Month | Date of Challan | Amount | Name of the Bank and Branch |
|---------|-------|-----------------|--------|-----------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

Total amount paid: Rs. _____

I declare that

- (a) All the Records and Registers have been maintained as per provisions contained in ESI Act, Rules & Regulations framed therein.
- (b) During the period of return _____ No. of Declaration forms have been submitted.
- (c) During the above period _____ No. of TICs have been received.
- (d) During the above period _____ No. of PICs have been received.

- (e) During the above period _____ No. of PICs have been distributed amongst the eligible IPs.
- (f) During the above period _____ accidents have been reported to the concerned Branch Office.
- (g) During the period _____ No. of employees directly employed by us have been covered and a total wages of Rs. _____ have been paid to such employees.
- (h) During the period _____ No. of employees directly employed by us have not been covered and a total wages of Rs. _____ have been paid to such employees.
- (i) During the period _____ No. of employees employed through immediate employer have been covered and a total wages of Rs. _____ have been paid to such employees.
- (j) During the period _____ No. of employees employed through immediate employer have not been covered and a total wages of Rs. _____ have been paid to such employees.
- (k) Following components of wages have been taken into consideration for the purpose of payment of contribution –
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
- (l) Following components of wages have not been taken into consideration for the purpose of payment of contribution –
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.

The above mentioned information is based on records and any information if found incorrect will render me liable for prosecutions under provisions of ESI Act and action for recovery of contribution due along-with interest and damages as per provisions of the ESI Act.

Place _____
Date _____

Signature & Designation of the Employer
(with Rubber Stamp)

CERTIFICATE BY CHARTERED ACCOUNTANT
(To be submitted in case of employers employing 40 or more employees)

Certified that I have verified the above return from the Records & Registers of
M/s. _____ and found it to be correct.

Signature & Seal
Of the Chartered Accountant with
Membership No _____

Important Instructions: Information to be given in "Remarks Column (No.9)"

- i) If any I.P. is appointed for the first time and / or leaves during the contribution period indicate "A _____ (date)" and/ or "L _____ (date)".
- ii) Please indicate Insurance Nos. in ascending order.
- iii) Figures in Column 4, 5 & 6 shall be in respect of wage periods ended during the contribution period.

- iv) Invariably strike totals of Column 4, 5 & 6 of the Return.
- v) No overwriting shall be made. Any corrections, if made, should be signed by the employer.
- vi) Every page of this Return should bear full signature and rubber stamp of the employer.
- vii) Daily wages in Column 7 of the return shall be calculated by dividing figures in Column 5 by figures in Column 4 to two decimal places.

For *CP ending 31st March, due date is 12th May

For CP ending 30th September, due date is 11th November

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

Employer's Name and Address _____

Employer's Code No. _____ Period from _____ to _____

*Date of appointment and leaving the job may be given in remarks column.

**Signature of the
Employer**

(FOR OFFICIAL USE)

1. Entitlement position marked.
2. Total of Col. 5 of Return checked and found correct/correct amount is indicated.
3. Checked the amount of Employer's / Employee's contribution paid which is in order/ observation memo. enclosed.

Countersignature _____

U.D.C.

Head Clerk

Branch Officer

प्रबन्धक, भारत सरकार मुद्रणालय, फरीदाबाद द्वारा मुद्रित
एवं प्रकाशन नियंत्रक, दिल्ली द्वारा प्रकाशित, 2008
PRINTED BY THE MANAGER, GOVERNMENT OF INDIA PRESS, FARIDABAD AND
PUBLISHED BY THE CONTROLLER OF PUBLICATIONS, DELHI, 2008